PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS AGAMREE[MD]
Télécopieur : +1 888-789-9596
Téléphone : +1 833-294-7033
Courriel : agamree@programsupport.ca

SECTION 1 - Renseignements sur le patient/l'aidant (à remplir par le prescripteur ou le patient)

Nom : Prénom : DDN (jj/mm/aaaa): Sexe :

Tél : Principal Autre

Adresse : Ville : Province : Code postal :

Nom de l'aidant : Relation avec le patient :

Courriel de l'aidant :

SECTION 2 - Renseignements sur l'assurance (à remplir par le prescripteur ou le patient)

Numéro de carte santé : Compagnie d'assurance principale :

Nom du titulaire de la police : N° police : N° de groupe :

SECTION 3 - Renseignements sur le prescripteur (à remplir par le prescripteur seulement)

Nom du prescripteur : Courriel :

Adresse : Ville : Province : Code postal :

Nom de la personne à contacter : Tél :

N° de permis provincial : Courriel de la personne à contacter :

N° de télècopieur : Moyen de communication préféré : Courriel Téléc. Tél

SECTION 4 - Ordonnance (à remplir par le prescripteur seulement)

AGAMREE[MD] (vamorolone) en suspension orale 40 mg/mL :

Dose :

☐ 6 mg/kg/jour : ne pas dépasser la dose quotidienne maximale de 240 mg (6 mL)

☐ Autre (mg/kg/jour)

Voie d'administration :

Par la bouche Gastrostomie Autre

Jours d'approvisionnement : Veuillez préciser Renouvellements

30 60 90 Autre

- La dose de départ quotidienne recommandée est de 6 mg/kg/jour, avec une dose quotitdienne maximale de 240 mg (6 mL) pour les patients pesant plus de 40 kg.
- La dose quotidienne recommandée d'AGAMREE[MD] pour les patients présentant une insuffisance hépatique légère à modérée est de 2 mg/kg/jour, avec une dose quotidienne maximale de 100 mg (2,5 mL).
- La dose quotidienne peut être réduite à 4 mg/kg/jour ou à 2 mg/kg/jour selon la tolérabilité individuelle.
- Réduire graduellement la dose lorsqu'elle est administrée pendant plus d'une semaine.
- Les patients doivent continuer à recevoir la dose la plus élevée tolérée dans l'intervalle de doses.
- La suspension orale AGAMREE[MD] doit être prise une fois par jour, avec ou sans nourriture.

Signature du prescripteur : Date (jj/mm/aaaa) :

Je certifie que l'ordonnance est une ordonnance originale et que la pharmacie en est le seul receveur. L'original ne sera pas réutilisé. Cette ordonnance sera transférée à la pharmacie spécialisée.

© 2026 Kye Pharmaceuticals Inc. Tous droits réservés.

SECTION 5 - Critères médicaux (à remplir par le prescripteur seulement)

Confirmer que le patient est atteint d'une dystrophie musculaire de Duchenne (DMD) :

Oui ☐ Non ☐

Test de dépistage de la DMD :

Test génétique ☐

Créatine kinase ☐

Biopsie musculaire ☐

Taille : **Poids :**

_____ cm ☐ po ☐ _____ kg ☐ lb ☐

Allergies :

Traitements antérieurs :

Thérapie génique :

Oui ☐ Non ☐

Thérapie par saut d'exon :

En cours ☐ Arrêtée ☐

Corticostéroïdes :

Déflazacort ☐ Prednisone ☐ Vamorolone ☐

Dose actuelle (mg/jour) _____

Critères de transition (les deux doivent s'appliquer) :

Diagnostic récent ☐ Pas de traitement antérieur par corticostéroïdes ☐

SECTION 6 - Consentement du médecin

En signant ci-dessous, j'atteste que : (1) je suis le médecin prescripteur du patient; (2) le traitement ci-dessus est médicalement nécessaire d'après la monographie de produit canadienne, mon jugement médical indépendant et le consentement éclairé du patient; (3) j'ai reçu le consentement exprès du patient (ou de son représentant légal) et respecté toutes les autres exigences légales et réglementaires applicables, comme celles imposées en vertu des lois provinciales ou fédérales, nécessaires pour fournir à Kye Pharmaceuticals (Kye) ou à ses agents, à l'administrateur du Programme et à ses employés les renseignements énoncés dans le présent formulaire et tout autre renseignement pertinent à la prestation des services du Programme; (4) j'ai discuté du Programme avec le patient qui souhaite s'inscrire et j'ai accepté de transmettre ses renseignements personnels à l'administrateur du Programme et à Kye pour que les responsables communiquent avec le patient et complètent le processus d'inscription; (5) je désigne l'administrateur du Programme comme mon agent afin qu'il transmette cette ordonnance à la pharmacie appropriée qui fournira les médicaments, qu'il administre les Services, et qu'il fournisse, à moi-même et à mon patient, des services d'éducation et de soutien associés à AGAMREE[MD] (vamorolone) en suspension orale; (6) j'accepte que mes renseignements, y compris mes renseignements personnels, soient utilisés par Kye ou ses agents et par l'administrateur du Programme pour des raisons relatives à l'amélioration, à la surveillance et à la vérification du Programme, à des fins d'études commerciales ou de marché (étant entendu que si je ne souhaite pas que mes renseignements personnels soient utilisés à des fins commerciales ou d'études de marché, je sais que je peux me soustraire à cette utilisation en biffant la clause concernée et en y apposant mes initiales), conformément aux conditions de la Politique de confidentialité de Kye (dont je confirme avoir reçu une copie et en accepter les modalités) ou à toute autre disposition autorisée par la loi; et (7) je reconnais que des événements indésirables peuvent être signalés au sujet de mon patient qui participe au Programme et que je comprends que Kye ou ses agents ainsi que l'administrateur du Programme peuvent communiquer avec moi pour que je fournisse des données de suivi à Santé Canada. Je comprends que mes renseignements peuvent être traités et stockés aux États-Unis ou à l'extérieur du Canada à des fins d'hébergement infonuagique et de conservation des données par Microsoft, et que mes renseignements personnels seront alors soumis aux lois de la juridiction où ils sont stockés, lesquelles peuvent différer de celles du Canada, notamment en ce qui concerne les droits d'accès à mes renseignements personnels par les autorités policières ou gouvernementales. Je déclare que les renseignements contenus dans la présente demande sont complets et exacts pour autant que je sache.

Signature du médecin : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

SECTION 7 - Consentement du patient (à remplir par le patient seulement)

En signant le présent formulaire d'inscription et d'autorisation, j'autorise mes professionnels de la santé, mes régimes de soins médicaux et tout autre gardien de mes dossiers de santé à divulguer mes renseignements personnels, y compris, sans s'y limiter, des renseignements relatifs à mon état de santé, à mon traitement, à la gestion de mes soins et à mon assurance maladie, ainsi que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire et concernant mes ordonnances à Kye Pharmaceuticals Inc. et à ses représentants, agents, contractants, sociétés affiliées (collectivement « groupe Kye ») et à l'administrateur du Programme aux fins de l'administration et des Services du Programme, ce qui comprend l'examen des options de remboursement pour mon traitement et la prestation d'un soutien financier, s'il y a lieu. De plus, je consens à ce que le groupe Kye, l'administrateur du Programme, ou tout tiers indépendant agissant au nom du groupe Kye ou de l'administrateur, administrent le Programme, y compris, sans s'y limiter, les pharmacies spécialisées, les compagnies d'assurance et les programmes provinciaux de médicaments, et communiquent avec moi aux fins de la prestation des Services du Programme.

Je comprends que d'autres renseignements sur les pratiques de traitement de l'information de Kye sont énoncés dans sa Politique de confidentialité, dont le formulaire m'a été remis conjointement avec le présent Formulaire d'inscription et d'autorisation. Si j'ai des questions sur les modalités du présent Formulaire d'inscription et d'autorisation ou sur la Politique de confidentialité de Kye, je sais que je dois communiquer avec le responsable de la protection des renseignements personnels à privacyofficer@kyepharma.com.
Je confirme que j'ai lu la Politique de confidentialité de Kye, que j'ai eu l'occasion de poser des questions à ce sujet et que je consens à ses modalités en signant ci-dessous.

© 2026 Kye Pharmaceuticals Inc. Tous droits réservés.

Je comprends que la signature du présent Formulaire d'inscription et d'autorisation est volontaire et que j'ai le droit de refuser de le signer. Si je décide de ne pas le signer, je ne serai pas admissible au Programme de soutien aux patients AgamreeMD de Kye et je ne pourrai pas recevoir l'aide ni les Services offerts dans le cadre du Programme. Je comprends également que mon inscription à ce Programme ne garantit pas l'approbation de tout type d'aide financière de la part de Kye (en partie ou en totalité), de la quote-part d'assurance, ni mon admissibilité à tout avantage ou aide relativement à l'exécution de ma prescription. Je comprends que j'ai le droit d'obtenir une copie signée du présent Formulaire d'inscription et d'autorisation.

Je comprends que les renseignements personnels recueillis dans le cadre du Programme seront protégés par des mesures administratives techniques et physiques raisonnables dans le but de les protéger contre la perte, le vol ainsi que la consultation, la communication, la copie, l'utilisation ou la modification non autorisée. Je comprends également que le dossier contenant mes renseignements personnels sera conservé dans les bureaux de l'administrateur du Programme et que seuls les employés autorisés, les agents et les mandataires peuvent avoir accès à mes renseignements personnels, au besoin, aux fins décrites dans le présent formulaire.

Je peux demander l'accès à mes renseignements personnels ou leur correction, en tout temps, en envoyant un message à agamree@programsupport.ca. Si Kye désigne un nouvel administrateur de programme pour remplacer l'administrateur actuel, je conviens que mes renseignements personnels pourraient être transférés au nouvel administrateur du Programme.

Dans le cas d'un événement indésirable, Kye peut être légalement tenue de signaler un tel événement à Santé Canada et devoir effectuer une surveillance ou une vérification. Dans l'éventualité du traitement et du signalement d'un événement indésirable, Kye, ses employés ou représentants et l'administrateur du Programme pourraient avoir accès à mes renseignements personnels, les utiliser et les déclarer aux organismes de réglementation afin d'assurer l'innocuité et la qualité des médicaments. Je comprends qu'on pourrait communiquer avec moi afin d'obtenir des renseignements supplémentaires pour remplir ces obligations.

L'administrateur du Programme ou l'agent de Kye pourrait anonymiser vos renseignements personnels pour effectuer des analyses à des fins commerciales, de recherche ou de publication, ou pour améliorer le Programme. Vos renseignements personnels peuvent être stockés ou traités à l'extérieur du Canada par Kye/l'administrateur du Programme/le fournisseur de services, à des fins conformes à celles établies, y compris pour le traitement des effets indésirables et les exigences de signalement. Dans un tel cas, Kye mettra en place des mesures contractuelles et autres afin de veiller à la protection de vos renseignements personnels. Si vos renseignements personnels sont stockés ou traités dans un autre pays, ils peuvent être soumis aux lois du pays concerné, lesquelles peuvent offrir un niveau de protection différent de celui de votre pays de résidence, notamment en ce qui concerne les droits d'accès à vos renseignements personnels par les autorités policières ou autres autorités.

Je peux retirer mon consentement aux modalités du présent Formulaire d'inscription et d'autorisation, en tout temps, en envoyant un avis écrit au Programme de soutien aux patients Agamree[MD], a/s du Réseau de Santé Spécialisé 2-1685 Tech Ave, Mississauga (Ontario) L4W 0A7. Je comprends que le retrait de mon consentement mettra fin à d'autres utilisations et divulgations de mes renseignements personnels ainsi qu'à mon inscription au Programme de soutien aux patients AgamreeMD et à ses Services. Aucun nouveau renseignement personnel ne sera recueilli. Le retrait de votre consentement ne sera pas rétroactif et toutes les activités relatives à vos renseignements personnels avant votre retrait ne seront pas touchées et seront maintenues pour la durée du Programme à des fins de surveillance, de réglementation et d'anonymisation des données, qu'on pourrait continuer d'utiliser de la manière décrite dans le présent document. Les données anonymisées ne peuvent pas être utilisées, de quelque façon que ce soit, pour vous identifier de nouveau. Une fois que vos renseignements personnels ont été anonymisés, aucune restriction ne régit leur utilisation.

Si l'on confirme que je suis admissible à une aide financière de soutien, à la quote-part d'assurance de Kye, je comprends que les renseignements sur la carte de quote-part seront envoyés à ma pharmacie spécialisée, avec mon ordonnance, et que l'aide concernant le partage des coûts ou la quote-part pour Agamree[MD] sera accordée conformément au Programme.

De temps à autre, l'administrateur de programme pourrait communiquer avec moi afin de me fournir des renseignements et des mises à jour sur le Programme, y compris du matériel promotionnel, des sondages et un bulletin d'information. De plus, Kye pourrait retenir les services d'entreprises d'études de marché indépendantes pour mieux comprendre l'expérience des patients inscrits au Programme ou pour apporter des améliorations au Programme. J'autorise l'administrateur à fournir mes coordonnées à ces tiers uniquement à cette fin. En tout temps, je peux retirer mon consentement à participer à de telles communications et études de marché en envoyant un message à agamree@programsupport.ca.

Mon admissibilité aux Services n'est pas affectée par le fait que j'accepte ou non de participer à l'étude de marché.

J'ai lu et compris le consentement du patient et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels conformément aux modalités énoncées dans le présent document.

Signature du patient/tuteur légal : Date (jj/mm/aaaa) :

Relation du signataire avec le patient :

Nom du patient (lettres moulées) :

S'il est impossible d'obtenir le consentement écrit de l'aidant ou du patient, le professionnel de la santé doit s'assurer que le consentement décrit dans le présent document a été examiné attentivement et expliqué clairement au patient. La signature du professionnel de la santé ci-dessous atteste que l'aidant ou le patient a compris et verbalement donné son consentement

Consentement verbal obtenu du : Patient Représentant légal

Nom du représentant légal : Relation :

Representant des soins de santé qui a obtenu le consentement :

Signature du professionnel de la santé : Date (jj/mm/aaaa):

© 2026 Kye Pharmaceuticals Inc. Tous droits réservés.